

An die

## Universitätsklinik für Innere Medizin III

Tel.: 0512/504-23268

# Anmeldung Untersuchung Kardiologische und Angiologische Ambulanz

Achtung: Unvollständige Anmeldungen können nicht bearbeitet werden!

Bitte senden Sie dieses Formular an [lki.me.kardio-ambulanz@tirol-kliniken.at](mailto:lki.me.kardio-ambulanz@tirol-kliniken.at).

<b>Patientendaten</b>		<b>Termin</b> <i>von Kardiologie-Sekr. auszufüllen</i>	
Name	Vorname	<b>am:</b>	
Geburtsdatum	Telefon/Mobil	<b>um:</b>	<b>Uhr</b>
Straße/Nr.	PLZ/Ort		

**Indikation/Fragestellung:**

### Benötigte Untersuchung:

Für **Echokardiographie** (Echo-Labor) (TTE, TEE, Vitien-Ambulanz) bitte das vorgesehene Zuweisungsformular verwenden!

<p><b>Kardiologisch</b></p> <p><input type="checkbox"/> EKG (keine Voranmeldung notwendig)</p> <p><input type="checkbox"/> Carotis-Druck-Versuch</p> <p><input type="checkbox"/> Ergometrie (Montag / Dienstag)</p> <p><input type="checkbox"/> Holter EKG (24 Stunden)</p> <p><input type="checkbox"/> Langzeit-EKG (3 Tage) (nur mit Rücksprache Rhythmolog;in)</p> <p><input type="checkbox"/> 24-Stunden-Blutdruck</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>	<p><b>Angiologisch</b></p> <p><input type="checkbox"/> Fragestellung/Zuweisungsgrund/Indikation:</p>
---	--

**Ambulante Vorstellung:**

KHK-Ambulanz

Schrittmacher/ILR Kontrolle

Herzinsuffizienz/ HTX Ambulanz

ICD/CRT Kontrolle

Spezialambulanz Herzinsuffizienz

SM/ICD/CRT Indikation

Rhythmus-Ambulanz

**Zuweiser:in:**

**Tel./Email:**